



Formulario Corto Estatutario de Illinois Poder Notarial para el Cuidado de la Salud

AVISO A LA PERSONA QUE FIRMA

EL PODER NOTARIAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Nadie puede predecir cuándo puede ocurrir una enfermedad grave o un accidente. Cuando lo hace, es posible que necesite que otra persona hable o tome decisiones de atención médica por usted. Si planea ahora, puede aumentar las posibilidades de que el tratamiento médico que reciba sea el tratamiento que desea.

En Illinois, puede elegir a alguien para que sea su "agente de atención médica". Su agente es la persona en la que confía para tomar decisiones de atención médica por usted si no puede o no desea tomarlas usted mismo. Estas decisiones deben basarse en sus valores y deseos personales.

Es importante poner su elección de agente por escrito. El formulario escrito a menudo se denomina "directiva anticipada". Usted puede utilizar este formulario u otro formulario, siempre y cuando cumpla con los requisitos legales de Illinois. Hay muchos recursos escritos y en línea para guiarte a ti y a tus seres queridos a tener una conversación sobre estos temas. Usted puede encontrar útil mirar estos recursos mientras piensa y discute su directiva anticipada

CUALES SON LAS COSAS QUE QUIERO QUE MI AGENTE DE CUIDADO DE SALUD SEPA?

La selección de su agente debe ser considerada cuidadosamente, ya que su agente tendrá la máxima autoridad de toma de decisiones una vez que este documento entre en vigor, en la mayoría de los casos después de que usted ya no sea capaz de tomar sus propias decisiones. Si bien el objetivo es que su agente tome decisiones de acuerdo con sus preferencias y en la mayoría de las circunstancias que suceden, por favor sepa que la ley permite que su agente tome decisiones para dirigir o rechazar intervenciones de atención médica o retirar el tratamiento. Su agente tendrá que pensar en las conversaciones que ha tenido, su personalidad y cómo manejó problemas importantes de atención médica en el pasado. Por lo tanto, es importante hablar con su agente y su familia sobre cosas tales como:

- (i) ¿Qué es lo más importante para ti en tu vida?
- (ii) ¿Qué tan importante es para ti evitar el dolor y el sufrimiento?
- (iii) Si tuvieras que elegir, ¿es más importante para ti vivir el mayor tiempo posible, o evitar el sufrimiento prolongado o la discapacidad?
- (iv) ¿Preferirías estar en casa o en un hospital durante los últimos días o semanas de tu vida?
- (v) ¿Tiene creencias religiosas, espirituales o culturales que desea que su agente y otras personas consideren?
- (vi) ¿Desea hacer una contribución significativa a la ciencia médica después de su muerte a través de la donación de órganos o todo el cuerpo?



- (vii) ¿Tiene una directiva anticipada existente, como un testamento vital, que contenga sus deseos específicos sobre la atención de la salud que sólo está retrasando su muerte? Si tiene otra directiva anticipada, asegúrese de discutir con su agente la directiva y las decisiones de tratamiento contenidas en esa descripción de sus preferencias. Asegúrese de que su agente acepte cumplir los deseos expresados en su directiva anticipada.

¿QUÉ TIPO DE DECISIONES PUEDE TOMAR MI AGENTE?

Si alguna vez hay un período de tiempo en el que su médico determina que usted no puede tomar sus propias decisiones de atención médica, o si no desea tomar sus propias decisiones, algunas de las decisiones que su agente podría tomar son:

- (i) "hablar con médicos y otros proveedores de atención médica sobre su condición.
- (ii) ver registros médicos y aprobar quién más puede verlos
- (iii) dar permiso para pruebas médicas, medicamentos, cirugía u otros tratamientos.
- (iv) elegir dónde recibe atención y qué médicos y otros la proporcionan.
- (v) decide aceptar, retirar o rechazar tratamientos diseñados para mantenerlo con vida si está cerca de la muerte o no es probable que se recupere. Puede optar por incluir pautas y/o restricciones a la autoridad de su agente.
- (vi) aceptar o negarse a donar sus órganos o todo su cuerpo si aún no ha tomado esta decisión usted mismo. Esto podría incluir la donación para trasplantes, investigaciones y/o educación. Debe informar a su agente si está registrado como donante en el registro de consentimiento en primera persona mantenido por el Secretario de Estado de Illinois o si ha aceptado donar todo su cuerpo para investigación médica y/o educación.
- (vii) decidir qué hacer con sus restos después de haber muerto, si usted no ha hecho planes.
- (viii) hablar con sus otros seres queridos para ayudar a tomar una decisión (pero su agente designado tendrá la última palabra sobre sus otros seres queridos).

Su agente no es automáticamente responsable de sus gastos de atención médica.

¿A Quién Debo Elegir Para ser mi Agente de Atención Médica?

Puedes elegir a un miembro de la familia, pero no tienes que hacerlo. Su agente tendrá la responsabilidad de tomar decisiones de tratamiento médico, incluso si otras personas cercanas a usted podrían instar una decisión diferente. La selección de su agente debe hacerse cuidadosamente, ya que él o ella tendrá la máxima autoridad de toma de decisiones para sus decisiones de tratamiento una vez que ya no sea capaz de expresar sus preferencias. Elija un familiar, amigo u otra persona que:

- (i) tiene al menos 18 años de edad
- (ii) te conoce bien
- (iii) usted confía en hacer lo que es mejor para usted y está dispuesto a llevar a cabo sus deseos, incluso si él o ella puede no estar de acuerdo con sus deseos

- (iv) estaría cómodo hablando e interrogando a sus médicos y otros proveedores de atención médica;
- (v) no estaría demasiado molesto para llevar a cabo sus deseos si se puso muy enfermo;
Y
- (vi) puede estar allí para usted cuando lo necesite y está dispuesto a aceptar este importante papel.

¿Y SI MI AGENTE NO ES DISPONIBLE O NO ES DERECHO A TOMAR DECISIONES PARA MI?

Si la persona que es su primera opción no puede llevar a cabo este rol, entonces el segundo agente que eligió tomará las decisiones; si su segundo agente no está disponible, entonces el tercer agente que eligió tomará las decisiones. El segundo y el tercer agente se llaman sus agentes sucesores y funcionan como agentes de respaldo a su agente de primera elección y pueden actuar sólo uno a la vez y en el orden en que los enumera.

¿QUÉ SUCEDERÁ SI NO ELIJO UN AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA?

Si usted no puede tomar sus propias decisiones de atención médica y no ha nombrado a un agente por escrito, su médico y otros proveedores de atención médica le pedirán a un familiar, amigo o tutor que tome decisiones por usted. En Illinois, una ley dirige cuál de estas personas será consultada. En esa ley, cada uno de estos individuos se llama "suplente".

Hay razones por las que es posible que desee nombrar a un agente en lugar de depender de un sustituto:

- (i) La persona o personas enumeradas por esta ley pueden no ser quienes usted querría tomar decisiones por usted.
- (ii) Es posible que algunos familiares o amigos no puedan o no estén dispuestos a tomar decisiones como usted desearía.
- (iii) Los familiares y amigos pueden estar en desacuerdo unos con otros acerca de las mejores decisiones.
- (iv) En algunas circunstancias, un sustituto puede no ser capaz de tomar los mismos tipos de decisiones que un agente puede tomar.

¿Y SI NO HAY NINGUNA DISPONIBLE EN QUIEN CONFÍO PARA SER MI AGENTE?

En esta situación, es especialmente importante hablar con su médico y otros proveedores de atención médica y crear una guía por escrito sobre lo que desea o no desea, en caso de que alguna vez esté gravemente enfermo y no pueda expresar sus propios deseos. Puedes completar un testamento vital. También puede escribir sus deseos y/o discutirlos con su médico u otro proveedor de atención médica y pedirle que lo escriba en su tabla. Es posible que también desee utilizar recursos escritos o en línea para guiarlo a través de este proceso

¿QUÉ HAGO CON ESTE FORMULARIO UNA VEZ QUE LO COMPLETE?

Siga estas instrucciones después de completar el formulario:

- (i) Firme el formulario delante de un testigo. Consulte el formulario para obtener una lista de quién puede y quién no puede presenciarlo.
- (ii) Pídale al testigo que también lo firme.
- (iii) No es necesario que el formulario sea notariado.
- (iv) Entregue una copia a su agente y a cada uno de sus agentes sucesores.
- (v) Entregue otra copia a su médico.
- (vi) Lleve consigo una copia cuando vaya al hospital.
- (vii) Muéstralo a tu familia, amigos y otras personas que te cuidan.

¿Y SI CAMBIO DE OPINIÓN?

Puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si lo hace, dígame a alguien que tenga al menos 18 años de edad que ha cambiado de opinión y/o destruya su documento y cualquier copia. Si lo desea, rellene un nuevo formulario y asegúrese de que todos los que dieron el formulario antiguo tengan una copia del nuevo, incluyendo, pero no limitado a, sus agentes y sus médicos.

¿Y SI NO QUIERO USAR ESTE FORMULARIO?

En el caso de que no desee utilizar el formulario legal de Illinois proporcionado aquí cualquier documento que complete debe ser ejecutado por usted, designar a un agente que tenga más de 18 años de edad y no tenga prohibido servir como su agente, y declarar los poderes del agente, pero no debe ser presenciado ni conformarse con ningún otro aspecto al poder legal de atención médica.

Si tiene preguntas sobre el uso de cualquier formulario, es posible que desee consultar a su médico, otro proveedor de atención médica y/o un abogado.



Formulario Corto Estatutario de Illinois
Poder Notarial para el Cuidado
de la Salud

MI PODER DE ABOGADO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

**ESTE PODER DE ABOGADO REVOCA TODOS LOS PODERES ANTERIORES PARA
EL CUIDADO DE LA SALUD**

Mi nombre (Imprima su nombre completo): _____

Mi dirección: _____

QUIERO QUE LA SIGUIENTE PERSONA SEA MI AGENTE DE CUIDADO DE SALUD (un agente es su representante personal bajo la ley estatal y federal):

Nombre de Agente: _____

Dirección: de Agente: _____

Número de teléfono del agente: _____

Marque la caja si corresponde:

- Si se va a nombrar a un tutor de mi persona, nomino al agente que actúa bajo este poder como tutor.

**MI AGENTE PUEDE TOMAR DECISIONES DE CUIDADO DE SALUD PARA MI,
INCLUYENDO:**

- (i) Decidir aceptar, retirar o rechazar el tratamiento para cualquier condición física o mental mía incluidas las decisiones de vida o muerte.
- (ii) Aceptar admitirme o dar de alta de cualquier hospital, hogar u otra institución, incluido un centro de salud mental.
- (iii) Tener acceso completo a mis registros médicos y de salud mental, y compartirlos con otras personas según sea necesario, incluso después de morir.
- (iv) Llevar a cabo los planes que ya he tomado, o, si no lo he hecho, tomar decisiones sobre mi cuerpo o restos, incluyendo la donación de órganos, tejidos o todo el cuerpo, autopsia, cremación y entierro.

AUTORIZO A MI AGENTE A: (Marque sólo una casilla. Si no se marca ninguna casilla, o si se marca más de una casilla, se aplicará la directiva de la primera casilla siguiente.)

- Toma decisiones por mí sólo cuando no pueda tomarlas por mí mismo. El(los) médico(s) que me cuidan determinarán cuándo me falta esta habilidad.



- Toma decisiones por mí sólo cuando no pueda tomarlas por mí mismo. El(los) médico(s) que me cuidan determinarán cuándo me falta esta habilidad. A partir de ahora, con el propósito de ayudarme con mis planes y decisiones de atención médica, mi agente tendrá acceso completo a mis registros médicos y de salud mental, la autoridad para compartirlos con otros según sea necesario, y la capacidad completa de comunicarse con mi(s) médico(s) personal(es) y otros proveedores de atención médica, incluyendo la capacidad de requerir una opinión de mi médico en cuanto a si me falta la capacidad de tomar decisiones por mí mismo.
- Tomar decisiones para mí a partir de ahora y continuar después de que ya no soy capaz de tomarlas por mí mismo. Si bien todavía puedo tomar mis propias decisiones, todavía puedo hacerlo si quiero.

TRATAMIENTOS QUE SOSTIENEN LA VIDA:

El tema del tratamiento de mantenimiento de la vida es de particular importancia. Los tratamientos que sostienen la vida pueden incluir alimentaciones por sonda o líquidos a través de un tubo, respiradores y RCP. En general, al tomar decisiones sobre el tratamiento de sostenimiento de la vida, se le instruye a su agente que considere el alivio del sufrimiento, la calidad, así como la posible extensión de su vida, y sus deseos expresados anteriormente. Su agente sopesará las cargas frente a los beneficios de los tratamientos propuestos en la toma de decisiones en su nombre.

A continuación se describen declaraciones adicionales relativas a la retención o eliminación del tratamiento que mantiene la vida. Estos pueden servir como una guía para su agente al tomar decisiones para usted. Pregúntele a su médico o proveedor de atención médica si tiene alguna pregunta sobre estas declaraciones. **SELECCIONE SOLO UNA DECLARACION A CONTINUAR QUE MEJOR EXPRESA SUS DESEACIONES (opcional):**

- La calidad de mi vida es más importante que la duración de mi vida. Si estoy inconsciente y mi médico de cabecera cree, de acuerdo con las normas médicas razonables, que no despertaré ni recuperaré capacidad de pensar, comunicarme con mi familia y amigos, y experimentar mi entorno, no quiero que los tratamientos prolonguen mi vida o retrasen mi muerte, pero sí quiero tratamiento o cuidado para hacerme sentir cómodo y para aliviarme del dolor.
- Mantenerme vivo es más importante para mí, no importa lo enfermo que esté cuánto estoy sufriendo, el costo de los procedimientos o lo improbables que son mis posibilidades de recuperación. Quiero que mi vida se prolongue en la mayor medida posible de acuerdo con las normas médicas razonables.

LIMITACIONES ESPECIFICAS A LA AUTORIDAD DE DECISION DE MI AGENTE:

La concesión de poder anterior está destinada a ser lo más amplia posible para que su agente tenga la autoridad para tomar cualquier decisión que pueda tomar para obtener o terminar cualquier tipo de atención médica. Si desea limitar el alcance de los poderes de su agente o prescribir reglas especiales o limitar el poder de autorizar la autopsia o deshacerse de los restos, puede hacerlo específicamente en las líneas siguientes o agregar otra página si es necesario:

DEBE FIRMAR ESTE FORMULARIO Y UN TESTIGO TAMBIÉN DEBE FIRMARLO ANTES DE QUE SEA VÁLIDO.

Mi firma: _____ Fecha de hoy: _____

HAGA QUE SU TESTIGO ACEPTÉ LO QUE SE ESCRIBE A CONTINUACIÓN, Y LUEGO COMPLETE LA PORCIÓN DE FIRMA:

Tengo al menos 18 años. (Compruebe una de las siguientes opciones.)

- Vi el principal firmar este documento, o
- el principal me dijo que la firma o marca en la línea principal de la firma es suya.

No soy el agente o agente sucesor nombrado en este documento. No estoy relacionado con el director, el agente o el agente sucesor por sangre, matrimonio o adopción. No soy el médico del director, enfermera registrada de práctica avanzada, dentista, médico podiátrico, optometrista, psicólogo o un pariente de uno de esos individuos. No soy un propietario u operador (o el pariente de un propietario u operador) del centro de atención médica donde el director es un paciente o residente.

Nombre impreso del testigo: _____

Dirección del testigo: _____

Firma del testigo: _____ Fecha de hoy: _____

AGENTE(S) DE CUIDADO DE SALUD SUCESOR (opcional):

Si el agente que seleccioné no puede o no quiere tomar decisiones de atención médica por mí entonces solicito a la(s) persona(s) que nombre a continuación para ser mi(s) agente(s) de atención médica sucesor(es). Solo una persona a la vez puede servir como mi agente (agregue otra página si desea agregar más nombres de agente sucesor).

(Agente sucesor #1 nombre, dirección y número de teléfono)

(Agente sucesor #2 nombre, dirección y número de teléfono)